Canada Communicable Disease Report ✦ Relevé des maladies transmissibles au Canada

CCDR • RMTC

1 March 2005 • Volume 31 • Number 5 | le 1er mars 2005 • Volume 31 • Numéro 5

ISSN 1188-4169

Contained in this issue:

- Persons who fail to disclose their HIV/AIDS status: Conclusions reached by an Expert Working Group 53
- Notifiable Diseases Summary 62
- Avian influenza, Viet Nam 64

Contenu du présent numéro :

- Non-divulgation de sa séropositivité à l'égard du VIH/sida : conclusions d'un groupe de travail d'experts 53
- Sommaire des maladies à déclaration obligatoire 62
- Grippe aviaire, Viet Nam 64

PERSONS WHO FAIL TO DISCLOSE THEIR HIV/AIDS STATUS: CONCLUSIONS REACHED BY AN EXPERT WORKING GROUP*

Background

The issue of non-disclosure of HIV/AIDS by persons infected with the virus is an issue that has not been satisfactorily addressed by public policy makers or the legal or medical communities. People who fail to disclose their HIV/AIDS status to sexual partners and those with whom they share drugs may transmit the disease as a result of the exchange of bodily fluids such as semen, blood, or vaginal fluid. In these and other circumstances, individuals do not have the opportunity to assess whether they wish to partake in particular risk activities with a person with HIV.

In September 2002 and February 2003, the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on HIV/AIDS organized a roundtable of experts from diverse backgrounds in the field of HIV/AIDS. They included physicians, psychologists, psychiatrists,

* This article reflects the discussions of participants at the expert roundtable and may not represent the views of the Public Health Agency of Canada, the provincial or territorial governments, or the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on HIV/AIDS.

N.B. The codes of ethics of various health professionals were also examined at the expert roundtable, for example, the Canadian Medical Association, the Canadian Nurses Association, and the Canadian Psychiatric Association. In addition, the discretion of health professionals to breach client/patient confidentiality to warn a third party of danger, as discussed in the Supreme Court of Canada in *Smith v. Jones* (1999), was examined. The Court states that three conditions must be satisfied: 1) a clear link to an identifiable person or group of persons; 2) risk of serious bodily harm or death; and 3) imminent danger. The Supreme Court of Canada case *R. v. Cuerrier* (1998) was also the subject of discussion. The issue in this case was whether non-disclosure of one's HIV status constitutes fraud thereby vitiating consent to sexual acts, subjecting a person with HIV to the possibility of an assault conviction under the *Criminal Code*. The Court held that for fraud to exist, three factors must be established: 1) a reasonable person must consider the behaviour to be dishonest (non-disclosure of one's HIV status may constitute such misconduct); 2) the dishonesty must result in significant risk of bodily harm (it appears from the reasoning in *Cuerrier* that protected sex with condoms may not be considered to pose a significant risk of harm) and; 3) the person would not have consented to engage in sexual acts had the HIV-positive person disclosed. It is noteworthy that the language of *Cuerrier* "significant risk of substantial harm", is incorporated in several codes of ethics of health professionals. Members of the expert panel commented that the codes of ethics provide little assistance in defining thresholds with respect to disclosure of patient information.

NON-DIVULGATION DE SA SÉROPOSITIVITÉ À L'ÉGARD DU VIH/SIDA : CONCLUSIONS D'UN GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS*

Renseignements de base

Le problème des personnes infectées par le VIH qui ne dévoilent pas leur séropositivité est une question qui n'a pas été examinée de façon satisfaisante par les responsables de la politique publique, le corps médical ni par les gens de justice. Les sujets qui cachent leur séropositivité à leurs partenaires sexuels et à ceux avec qui ils partagent des drogues peuvent transmettre la maladie par l'échange de liquides organiques comme le sperme, le sang ou les sécrétions vaginales. Dans ces situations et dans d'autres circonstances, les personnes en cause n'ont pas la chance d'évaluer si elles souhaitent ou non participer à certaines activités à risque avec un sujet infecté par le VIH.

En septembre 2002 et en février 2003, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida a organisé une table ronde d'experts issus de diverses disciplines liées au VIH/sida. On y retrouvait des médecins, des psychologues, des psychiatres, des autorités sanitaires, des avocats et des

* Cet article rend compte des échanges entre les participants lors de la table ronde et peut ne pas refléter les opinions de l'Agence de santé publique du Canada, des gouvernements provinciaux ou territoriaux ou du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida.

Nota. Les codes de déontologie de divers professionnels de la santé ont également été passés en revue lors de la table ronde, par exemple celui de l'Association médicale canadienne, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et de l'Association des psychiatres du Canada. On a en outre examiné le pouvoir discrétionnaire des professionnels de la santé de violer le secret professionnel pour avertir un tiers d'un danger, qui a été étudié dans l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Smith c. Jones* (1999). La Cour déclare que trois conditions doivent être réunies : il doit y avoir 1) un lien clair avec une personne ou un groupe de personnes identifiables; 2) un risque de blessure grave ou de décès; et 3) un danger imminent. L'arrêt de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *R. c. Cuerrier* (1998) a également fait l'objet de discussions. La question en litige était de savoir si la non-divulgation de la séropositivité pouvait constituer une fraude viciant le consentement d'un partenaire à des rapports sexuels, exposant la personne infectée par le VIH à être accusée de voies de fait en vertu du *Code criminel*. La Cour a statué que pour qu'il y ait fraude, trois facteurs doivent être présents : 1) une personne raisonnable doit considérer le comportement comme malhonnête (la non-divulgation de la séropositivité peut constituer un tel comportement malhonnête); 2) la malhonnêteté doit entraîner un risque important de préjudice corporel (il découle de l'argumentation dans *Cuerrier* que des relations sexuelles protégées avec un condom peuvent ne pas être jugées comme un risque important pour la santé); et 3) la personne n'aurait pas consenti à des actes sexuels si son partenaire avait divulgué sa séropositivité. Il convient de noter que la terminologie employée dans *Cuerrier*, « risque important de lésion corporelle grave », est intégrée dans plusieurs codes de déontologie de professionnels de la santé. Les membres du comité d'experts ont indiqué que les codes de déontologie aident peu à définir les seuils en ce qui concerne la divulgation des renseignements sur les patients.

2007-04404/

public health officials, lawyers, and persons with HIV/AIDS who work in the community. The prime objective of the roundtable was to provide advice on the development a framework for the non-disclosure of HIV/AIDS for consideration by the provinces and territories. The experts met to 1) discuss the risk of HIV transmission associated with particular behaviours; 2) assess different strategies to address the issue of non-disclosure of HIV/AIDS; and 3) advise the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on HIV/AIDS. The assessments and recommendations of the expert roundtable are summarized here for consideration by public health officials and other professionals and community workers in the provinces and territories.

The legal and ethical context relevant to non-disclosure of HIV/AIDS was considered by the expert roundtable. Legal and ethical considerations must inform and guide both policy and practice as they relate to non-disclosure of HIV/AIDS. This paper does not explore the legal and ethical issues relating to non-disclosure of HIV/AIDS, as these issues have been previously examined elsewhere[1]. Public health officials are encouraged to consult additional sources for fuller examination of the legal and ethical context relating to this issue before adopting or adapting specific response models proposed herein.

Important components in a framework for persons who fail to disclose their HIV-positive status

Participants at the roundtable considered the following principles to be central to the development of a framework on the non-disclosure of HIV/AIDS:

- Prevention should be the primary objective. The framework should be based fundamentally on a public health rather than a criminal law approach.
- The "least intrusive, most effective" approach to intervention should be followed.
- The focus should be on the risk of transmission posed by particular behaviours. Behaviours should be placed in risk categories.
- The response to the failure to disclose should be proportional to the risk of the particular behaviour.
- Specific measures should not be prescribed but, rather, a list or menu ought to be provided to health care providers and public health officials to consider in the particular circumstances.
- If a person engages in risky behaviour and discloses his or her HIV status to a sexual or drug injection partner, the health care provider should nonetheless counsel the HIV-infected person to modify the risky conduct.
- Due process and *Charter* rights must be respected in interventions that are imposed by the state on the individual. This includes advance notice of the intervention, the right to counsel, timely reviews of decisions rendered, the right to a fair hearing, and the right to appeal decisions.

Some of the advantages of a public health over a criminal approach are as follows:

- Public health provides greater scope for prevention and more opportunities for surveillance of HIV.

personnes séropositives qui travaillent dans la collectivité. Le principal objectif de la table ronde était de recueillir des opinions concernant l'élaboration d'un cadre régissant la non-divulgation de la séropositivité à l'égard du VIH/sida qui devraient être examinées par les provinces et les territoires. Les experts se sont rencontrés pour 1) discuter du risque de transmission du VIH associé à des comportements particuliers; 2) évaluer différentes stratégies pour s'attaquer à la question de la non-divulgation de la séropositivité à l'égard du VIH/sida; et 3) conseiller le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida. Les évaluations et les recommandations des experts sont résumées dans le présent document et seront examinées par des autorités sanitaires et d'autres professionnels et travailleurs communautaires dans les provinces et les territoires.

Le contexte juridique et éthique dans lequel s'inscrit la question de la non-divulgation de la séropositivité à l'égard du VIH/sida a été examiné par les experts participant à la table ronde. Il faut tenir compte des considérations juridiques et éthiques dans l'élaboration des politiques et des pratiques touchant la non-divulgation de la séropositivité. Le présent document ne traite pas des questions juridiques et éthiques liées à la non-divulgation de la séropositivité, car elles ont été déjà étudiées ailleurs[1]. Les autorités sanitaires sont invitées à consulter d'autres sources pour avoir un aperçu plus complet du contexte juridique et éthique entourant cette question avant d'adopter ou d'adapter des modèles d'intervention spécifiques que nous proposons ici.

Éléments importants d'un cadre régissant la non-divulgation de la séropositivité à l'égard du VIH

Les participants à la table ronde considéraient que les principes suivants étaient essentiels à l'élaboration d'un cadre régissant la non-divulgation de la séropositivité :

- La prévention devrait être l'objectif principal. Le cadre devrait être basé essentiellement sur une approche axée sur la santé publique plutôt que sur le droit pénal.
- La stratégie d'intervention « la moins perturbante, la plus efficace » devrait être adoptée.
- L'accent devrait être mis sur le risque de transmission associé aux comportements particuliers. Les comportements devraient être classés dans des catégories de risque.
- La suite donnée à la non-divulgation devrait être proportionnelle au risque que pose le comportement en cause.
- Des mesures spécifiques ne devraient pas être prescrites, mais une liste devrait plutôt être fournie aux dispensateurs de soins et aux autorités sanitaires, liste qu'ils peuvent consulter dans les situations particulières.
- Si une personne a un comportement à risque et divulgue sa séropositivité à l'égard du VIH à un partenaire sexuel ou toxicomane, le dispensateur de soins devrait néanmoins conseiller à la personne infectée de modifier le comportement à risque.
- Il faut respecter le droit à une procédure équitable et la *Charte* des droits dans les interventions imposées par l'État à une personne. Parmi ces droits figurent l'avis préalable de l'intervention, le droit d'être représenté par un avocat, des réexamens rapides des décisions rendues, le droit à une audition équitable et le droit d'en appeler des décisions.

Voici certains des avantages d'une approche axée sur la santé publique plutôt que sur le droit pénal :

- La santé publique accorde plus de place à la prévention et permet davantage d'exercer une surveillance du VIH.

- Confidentiality is maintained to a greater extent in a public health approach.
- There is less stigmatization of persons with HIV.
- HIV is less likely to be driven underground in a public health framework.

Quantifying the risk of HIV transmission associated with particular behaviours

The HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Population and Public Health Branch, Health Canada, prepared a document in 2003 on the risk of HIV transmission associated with particular behaviours. Some of the information contained in "Overview of the Estimated Per-Act Probabilities of HIV Transmission" follows.

Blood Transfusion: Approximately 90% to 95% risk of transmission from transfusion of one unit of HIV-infected blood.

Injecting Drug Use: Estimated risk of 0.67% in the sharing of injection equipment.

Mother-to-Child Transmission: 20% to 25% estimated risk in the absence of antiretroviral treatment.

Needle Stick Injury: The average risk of HIV infection per single needle stick injury when the source is HIV-positive is 0.32%. This risk depends on several factors and, in general, is greater if the source patient has a higher viral load (e.g., immediately after HIV infection), if the injury is a deep one, and if there is accidental injection of material into the exposed person.

Sexual Exposure Through Heterosexual Penile-Vaginal Intercourse: Several studies have found a slightly higher range of probabilities of HIV transmission from men to women (range of 0.05% to 0.6%) than from women to men (range of 0.03% to 0.4%). However, these ranges are very broad. The probability of male-to-female heterosexual transmission has been best studied in the U.S. and Europe, where a smaller range of 0.08% to 0.14% has been found. In general, the risk of sexual transmission of HIV is greater with high viral load and the presence of another sexually transmitted disease (especially an ulcerative disease such as syphilis or genital herpes) in either the person exposed or the source person.

Sexual Exposure Through Male-to-Male Penile Anal Intercourse: Unprotected receptive anal intercourse involving an HIV-positive man, with ejaculation, is estimated to carry a per-act HIV transmission probability in the range of 0.5% to 3%. Relatively few studies have attempted to estimate this probability, and so it is less well understood.

Sexual Exposure Through Oral Intercourse: There is evidence that HIV transmission can occur through oral intercourse. Although the probability of such transmission is not well understood, it appears to be lower than anal or vaginal intercourse.

The Canadian AIDS Society model of levels of risk of HIV transmission

There was consensus that the "HIV Transmission Guidelines for Assessing Risk" developed by the Canadian AIDS Society (CAS)[2] provide a good model for determining the levels of risk of HIV transmission associated with different behaviours. The risk levels are organized into the following four categories:

- La confidentialité est davantage maintenue dans une approche axée sur la santé publique.
- La personne infectée est moins stigmatisée.
- Le VIH risque moins de passer dans la clandestinité si l'on adopte un cadre axé sur la santé publique.

Quantification du risque de transmission du VIH associé à certains comportements

La Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, a rédigé un document en 2003 sur le risque de transmission du VIH associé à des comportements donnés. Certains des renseignements contenus dans le document « Overview of the Estimated Per-Act Probabilities of HIV Transmission » sont reproduits dans les paragraphes qui suivent :

Transfusion sanguine : Le risque de transmission lors de la transfusion d'une unité de sang infecté par le VIH est d'environ 90 % à 95 %.

Injection de drogues : Le risque estimatif associé au partage de matériel d'injection est de 0,67 %.

Transmission verticale : Le risque est de 20 % à 25 % en l'absence de traitement antirétroviral.

Blessure par piqûre d'aiguille : Le risque moyen d'infection à VIH après une seule piqûre d'aiguille contaminée par un sujet séropositif est de 0,32 %. Ce risque dépend de plusieurs facteurs et est, en général, plus élevé si la charge virale du patient infecté est plus grande (p. ex., immédiatement après l'infection par le VIH), si la blessure est profonde et s'il y a injection accidentelle de matériel.

Exposition sexuelle lors de rapports péno-vaginaux hétérosexuels : Selon plusieurs études sur le VIH, la probabilité de transmission est légèrement plus grande des hommes aux femmes (intervalle de 0,05 % à 0,6 %) que des femmes aux hommes (intervalle de 0,03 % à 0,4 %). Ces intervalles sont toutefois très larges. La probabilité de transmission hétérosexuelle d'un homme à une femme a été étudiée le plus à fond aux É.-U. et en Europe, où l'on a observé un intervalle plus modeste de 0,08 % à 0,14 %. En général, le risque de transmission sexuelle du VIH augmente avec la charge virale et en présence d'une autre maladie transmise sexuellement (en particulier une maladie ulcérative telle que la syphilis ou l'herpès génital) chez la personne exposée ou celle à l'origine de l'infection.

Exposition sexuelle lors de relations péno-anales homosexuelles : Une relation anale passive non protégée avec un homme séropositif pour le VIH, peut comporter, s'il y a éjaculation, un risque de transmission du VIH de l'ordre de 0,5 % à 3 % par acte. Les études qui ont tenté d'estimer cette probabilité sont relativement rares, de sorte que cette probabilité est moins bien comprise.

Exposition sexuelle lors de relations orales : Des données montrent que le VIH peut être transmis lors des relations orales. Bien que la probabilité d'une telle transmission demeure obscure, il semble qu'elle soit inférieure à celle associée aux rapports anaux ou vaginaux.

Le modèle des niveaux de risque de transmission du VIH de la Société canadienne du sida

Le document publié par la Société canadienne du sida (SCS), « La transmission du VIH : guide d'évaluation du risque »[2], fournit un bon modèle pour déterminer les niveaux de risque de transmission du VIH associés à différents comportements. Les niveaux de risque sont classés en quatre catégories :

High Risk: The practices listed in this category present a potential for HIV transmission because they involve an exchange of body fluids such as semen, vaginal fluid, blood, or breast milk. A significant number of scientific studies have repeatedly associated these activities with HIV infection. Examples include insertive or receptive penile-anal or penile-vaginal intercourse without condom, sharing needles or syringes, and receptive insertion of shared sex toys.

Low Risk: The practices in this category carry a potential for HIV transmission because they involve an exchange of body fluids (semen, vaginal fluid, blood, breast milk), and a few reports of infection have been attributed to them. Examples include receptive fellatio without barrier, insertive cunnilingus without barrier, insertive or receptive penile-anal or penile-vaginal intercourse with barrier, and injection of a substance with a used needle and syringe that have been cleaned.

Negligible Risk: Although the practices in this category present the potential for HIV transmission because they involve an exchange of bodily fluids, the amounts, conditions, and media of exchange are such that the efficacy of HIV transmission appears to be greatly diminished. There are no confirmed reports of infection from these activities. Some examples include digital-anal intercourse, insertive or receptive fellatio/cunnilingus with barrier, and anilingus.

No Risk: None of the practices in this category have been proven to lead to transmission of HIV. There is no potential for HIV infection since none of the basic conditions for viral transmission is present. Such activities include kissing, body rubbing, and injection of a substance with a new needle and syringe.

The expert panel recommended that the new edition of the CAS Guidelines (released in 2004) quantify the levels of risk of different behaviours and that viral load be included as a consideration in HIV transmission. A further recommendation was that the CAS Guidelines contain a comprehensive discussion of HIV transmission from mother to child as well as the risks associated with HIV-positive children.

A framework to consider for the non-disclosure of HIV/AIDS – the Calgary Health Region model

The Calgary Health Region, in Alberta, has developed a model for the non-disclosure of HIV/AIDS. It is based on a graduated response to persons who refuse to disclose their HIV-positive status. Interventions progress from the least invasive, least restrictive responses, to more restrictive or coercive responses, including legal sanctions if necessary. Interventions are to occur in collaboration with mental health services, police services, social work, medical health services, and community services.

Some of the underlying principles of the Calgary Health Region model are as follows:

- The public health mandate is to protect people, not punish them.
- The most effective measures for controlling the spread of HIV within the population are participation in voluntary testing, education, and health promotion programs intended to reach persons or groups that are or may be at risk.
- Every effort is taken to arrange for the provision of necessary support or interventions for persons who may be unwilling

Risque élevé : Les pratiques énumérées dans cette catégorie présentent un risque de transmission du VIH parce qu'elles comportent l'échange de liquides organiques comme le sperme, les sécrétions vaginales, le sang ou le lait maternel. Un nombre important d'études scientifiques ont maintes fois associé ces activités à l'infection à VIH. Citons à titre d'exemples les relations péno-anales ou péno-vaginales actives ou passives sans condom, l'échange d'aiguilles ou de seringues et l'insertion passive de jouets sexuels partagés.

Faible risque : Les pratiques dans cette catégorie présentent un risque de transmission du VIH parce qu'elles comportent l'échange de liquides organiques, comme le sperme, les sécrétions vaginales, le sang, le lait maternel; quelques cas d'infection signalés ont été associés à ces pratiques. Citons comme exemples la fellation passive sans barrière, le cunnilingus actif sans barrière, les relations péno-anales ou péno-vaginales actives ou passives avec barrière et l'injection d'une substance au moyen d'une aiguille et d'une seringue usagées qui n'ont pas été nettoyées.

Risque négligeable : Bien que les pratiques dans cette catégorie présentent un risque de transmission du VIH parce qu'elles comportent l'échange de liquides organiques, les quantités, les conditions et les milieux d'échange contribuent à réduire de beaucoup l'efficacité de la transmission du VIH. Il n'y a pas de rapports confirmés de cas d'infection associés à ces activités. Citons comme exemples les relations digito-anales, la fellation/cunnilingus actif ou passif avec barrière et l'anilingus.

Aucun risque : Aucune de ces pratiques dans cette catégorie ne semble entraîner la transmission du VIH. Il n'y a aucun risque d'infection à VIH vu qu'aucune des conditions de base essentielles à la transmission du virus n'est présente. Citons comme exemples le baiser, le frottement corps à corps et l'injection d'une substance avec une nouvelle aiguille et une nouvelle seringue.

Le comité d'experts a recommandé que la nouvelle édition du guide de la SCS (publiée en 2004) quantifie les niveaux de risque associé à différents comportements et que la charge virale soit prise en compte dans la transmission du VIH. Il a également recommandé que le guide contienne une analyse complète du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant de même que ceux associés aux enfants séropositifs.

Cadre possible pour la non-divulgation de la séropositivité à l'égard du VIH/sida – le modèle de la Région sanitaire de Calgary

La Région sanitaire de Calgary, en Alberta, a élaboré un modèle pour la non-divulgation de la séropositivité à l'égard du VIH/sida. Il se fonde sur une réponse graduée face à des personnes qui refusent de dévoiler leur séropositivité. Cela va des mesures moins interventionnistes, moins restrictives, à d'autres plus restrictives ou plus coercitives, y compris les sanctions légales au besoin. Les interventions doivent se faire en collaboration avec les services de santé mentale, les services de police, les services sociaux, médicaux et communautaires.

Voici certains des principes sous-tendant le modèle de la Région sanitaire de Calgary :

- Le mandat des services de santé publique est de protéger les gens et non de les punir.
- Les mesures les plus efficaces pour freiner la propagation du VIH dans la population sont la participation à un dépistage volontaire, l'éducation et les programmes de promotion de la santé visant à atteindre les personnes ou les groupes qui sont ou qui peuvent être à risque.
- On tente par tous les moyens de s'assurer que le soutien ou les interventions nécessaires sont offerts aux personnes qui peuvent ne pas

or unable to protect themselves and others. Public health must strive to protect the needs of all groups in society, including those who may be marginalized.

- Public health seeks to work in partnership with other physicians, health care providers, and community groups to prevent difficult cases from arising and to manage difficult cases as they occur.
- Public health interventions must balance the rights of the individual with the duty to protect the public, where risk to public safety can sometimes override the rights of the individual.
- Medical officers have the duty and authority to balance individual rights and public risks pursuant to the *Alberta Public Health Act*[3].
- When voluntary measures are ineffective in the management of a difficult case, intervention should be within public health law unless there is obvious criminal behaviour. After all available supportive measures and interventions have failed, an order at the discretion of the Medical Officer of Health or a certificate and/or an order under the *Alberta Public Health Act* can be issued to better manage an unwilling/unable person.
- Unwarranted punitive measures taken against relatively few difficult cases could impair the effectiveness of voluntary programs for the many routine cases through increased stigmatization or fear of discrimination; this may lead to the increased spread of HIV.

Figure 1 shows a chart under development by the Calgary Health Region on the continuum of public health responses and interventions for the non-disclosure of HIV/AIDS. Following the chart is a description of the five levels of intervention for persons who are either unwilling or unable to disclose their HIV status.

Description of the Five Levels of Intervention in the Calgary Health Region Model

Level 1: The first level of intervention involves public health counselling and education for the unwilling/unable person, e.g., on safer injection drug use and safer sex. It may be made mandatory for an individual to follow treatment by a physician and to use protection. The person is monitored by the DN and referred to community care and treatment agencies. The DN submits monthly reports to the MOH/DMOH.

Level 2: The second level involves assistance in accessing the necessary services that can help persons with HIV/AIDS comply with the *Alberta Health Act*. These include housing, food, counselling, health care, and substance abuse treatment. The DN conducts regular meetings with the unable/unwilling person and provides monthly reports to the MOH/DMOH.

Level 3, Step 1: This involves issuance of a Public Health Order when the MOH/DMOH knows that the person poses a risk of transmitting HIV to others and the assessment suggests that the person will continue to place others at risk. The Public Health

vouloir ou ne pas être capables de se protéger elles-mêmes ou de protéger les autres. Les services de santé publique doivent s'efforcer de protéger les besoins de tous les groupes dans la société, y compris ceux qui peuvent être marginalisés.

- Les services de santé publique essaient de travailler en partenariat avec d'autres médecins, dispensateurs de soins et groupes communautaires afin d'empêcher que ne surviennent des cas difficiles et de gérer ceux-ci lorsqu'ils se présentent.
- Les interventions en santé publique doivent concilier les droits de l'individu avec le devoir de protéger la population, lorsque le risque pour la sécurité publique peut l'emporter sur les droits individuels.
- Les médecins hygiénistes ont le devoir et le pouvoir, conformément à l'*Alberta Public Health Act*[3], de trouver un équilibre entre les droits individuels et les risques pour la population.
- Lorsque des mesures volontaires pour gérer un cas difficile s'avèrent inefficaces, on devrait intervenir dans le cadre de la législation sur la santé publique à moins qu'on ne soit en présence d'un comportement criminel évident. Une fois que toutes les interventions et mesures de soutien possibles ont échoué, une ordonnance peut être émise à la discrétion du médecin hygiéniste en chef ou encore un certificat ou une ordonnance peuvent être délivrés en vertu de l'*Alberta Public Health Act* pour mieux prendre en charge une personne récalcitrante ou incapable.
- La prise indue de mesures punitives contre des cas difficiles relativement peu nombreux pourrait entraver l'efficacité des programmes volontaires destinés au grand nombre de cas courants en stigmatisant davantage les personnes ou en éveillant chez elles la crainte d'être victimes de discrimination, ce qui peut contribuer à augmenter la propagation du VIH.

La figure 1 présente un diagramme en cours d'élaboration par la Région sanitaire de Calgary sur le continuum des interventions en santé publique en cas de non-divulgation de la séropositivité à l'égard du VIH/sida. On trouvera après le diagramme une description des cinq niveaux d'intervention dans le cas des personnes qui ne veulent pas ou ne peuvent pas dévoiler leur séropositivité.

Description des cinq niveaux d'intervention du modèle de la Région sanitaire de Calgary

Niveau 1 : Le premier niveau d'intervention comporte des services de counselling et d'éducation en santé publique pour les personnes qui ne veulent pas ou ne peuvent pas dévoiler leur état, p. ex., concernant l'injection de drogue à risque réduit et les pratiques sexuelles sûres. Il peut être obligatoire pour une personne de suivre un traitement médical et d'utiliser une forme de protection. La personne est suivie par l'ID et est orientée vers des organismes de santé communautaire et de traitement. L'ID présente des rapports mensuels au MH/MHA.

Niveau 2 : Le deuxième niveau comporte une assistance pour avoir accès aux services nécessaires qui peuvent aider les personnes atteintes d'une infection à VIH ou du sida à se conformer à l'*Alberta Health Act*. Il peut s'agir d'aide pour le logement, la nourriture, le counselling, les soins de santé et la désintoxication. L'ID organise des rencontres régulières avec la personne qui ne veut ou ne peut pas protéger les autres et transmet des rapports mensuels au MH/MHA.

Niveau 3, étape 1 : Une ordonnance de santé publique est délivrée lorsque le MH/MHA sait que la personne présente un risque de transmission du VIH à d'autres et que l'évaluation indique qu'elle continuera d'exposer les autres à des risques. L'ordonnance de santé publique décrit les conditions

Figure 1. Unwilling and Unable Legislation and Procedure Chart

Figure 1. Diagramme de Législation et procédures pour les clients que ne veulent pas ou ne peuvent pas

- PUBLIC HEALTH GRADUATED APPROACH in collaboration with mental health, social work, medical services, community care providers
- Interventions may occur at several levels concurrently
- Interventions are aimed at improving quality of life, reintegration into the community, and protecting the health of the public

INITIAL COMPLAINT
- Notice of Form 2 Recalcitrant Patient or
- Verbal report received by MOH/DMOH/DN* concerning a client who is potentially unwilling or unable to prevent transmission of HIV

Pre-Assessment Form
MOH/DMOH/DN documents complaint details, confirms HIV diagnosis, and determines whether client received appropriate counselling at time of diagnosis.

Client has **not** received appropriate counselling	HIV diagnosis confirmed and evidence of unwillingness or inability to protect others exists

Assessment
- DN assesses knowledge, capacity to comply, and history in interview with client
- Refers for neurocognitive/psychiatric assessment as necessary
- Completes **Assessment Form** and submits to MOH or DMOH

Unable	**Unwilling**	**No Intention**
Unable to prevent HIV transmission for "internal" reasons such as organic mental illness or "external" reasons such as coercion from other persons**	Intentionally engages in high-risk behaviours yet possesses the capacity and opportunity to prevent HIV transmission	No evidence of risk behaviour

LEVEL 1: COUNSELLING AND EDUCATION	**LEVEL 2: ASSISTANCE IN ACCESSING SERVICES**
DN provides - counselling, education and monitoring - referrals to community care and treatment agencies as required - regular review with clients - discussions of legal issues - monthly report to MOH/DMOH	DN provides - assistance to client in accessing housing, food, counselling, health care and treatment - regular review with clients - monthly report to MOH/DMOH

LEVEL 3: PUBLIC HEALTH ORDER
MOH/DMOH is aware that risk continues to exist and issues an **Order** under Section 29 of the *Public Health Act*.
Step 1. Order contains conditions of HIV disclosure, protection of partners, no sharing of needles or donation of blood/tissue, notification of residence, regular meeting with DN, compliance with medical treatment and counselling
Step 2. If unwilling/unable behaviours persist despite the Order and intervention, conditions to further limit the client's behaviour are imposed, such as prohibiting activities that may put others at risk and restrictions on where the person may go.
DN provides
- monitoring and case coordination with relevant agencies
- regular review with clients
- monthly report to MOH/DMOH

LEVEL 4A: APPREHENSION ORDER**
(Can be used for clients after **assessment** has been completed, with or without **Public Health Orders**).
MOH/DMOH, aware that risk continues to exist, issues Form 3 **Certificate of the Medical Officer of Health** (Section 39 of the *Act*) for a peace officer to bring client to a specified facilty, such as a forensic unit in a hospital or secured community care facility. (This certificate must be issued within 72 hours of receipt of a Form 2, if the person is **assessed** as unwilling or unable.) MOH sends the information to the designated facility requesting health assessment and mental status examination of the client. The examination must be performed within 24 hours.

LEVEL 4B: ISOLATION ORDER
Once the client is in the facility, two physicians can issue an **Order for Isolation** (Section 44 of the *Act*) to detain the client for treatment or stabilization. A physician shall re-examine the client at least once every 7 days to ascertain whether he or she may be released under a **Release Order**. Copies of isolation orders and their cancellation are sent to the Chief Medical Officer.

LEVEL 5: CRIMINAL
MOH/DMOH is aware that risk continues to exist, and despite substantial support offered by the Health Region the client continues to knowingly place self and others at risk. The client may be charged under the *Public Health Act* and/or the *Criminal Code*.

* MOH = Medical Officer of Health; DMOH = Deputy Medical Officer of Health; DN = designated nurse
**A client may apply by an originating notice to a Judge of the Court of Queens Bench at any time for cancellation of a Section 39 certificate.

- APPROCHE GRADUÉE EN SANTÉ PUBLIQUE en collaboration avec les services de santé mentale, les services sociaux, les services médicaux et communautaires
- Les interventions peuvent se faire à plusieurs niveaux simultanément
- Les interventions visent à améliorer la qualité de vie, la réinsertion sociale et à protéger la santé de la population.

PLAINTE INITIALE
- Avis – formule 2 pour patient récalcitrant ou
- Rapport verbal reçu par MH/MHA/ID* concernant un client qui peut ne pas vouloir ou ne pas être capable de prévenir la transmission du VIH

Formulaire de prévaluation
Le MH/MHA/ID consigne les détails de la plainte, confirme de diagnostic d'infection à VIH et détermine si le client a reçu le counselling approprié au moment du diagnostic.

Le client n'a **pas** reçu un counselling approprié	Le diagnostic d'infection à VIH est confirmé et on a des preuves que la personne ne veut pas ou ne peut pas protéger les autres

Évaluation
- L'ID évalue les connaissances, la capacité d'observance et les antécédents lors de l'entrevue avec le client
- Elle oriente ce dernier vers des services d'évaluation neurocognitive/psychiatrique au besoin
- Elle remplit le **formulaire d'évaluation** et le transmet au MH ou au MHA.

Client qui ne peut pas	**Client qui ne veut pas**	**Aucune intention**
Le client est incapable de prévenir la transmission du VIH pour des raisons «internes» telles qu'une maladie mentale organique ou «externes», telles que des pressions exercées par d'autres**	Il adopte intentionnellement des comportements à haut risque tout en ayant la capacité et la chance de prévenir la transmission du VIH	Aucune preuve de comportement à risque

NIVEAU 1 : COUNSELLING ET ÉDUCATION	**NIVEAU 2 : AIDE POUR ACCÉDER AUX SERVICES**
L'ID : - offre des services de counselling, d'éducation et de suivi - oriente la personne vers des organismes communautaires de soins et de traitement au besoin - examine régulièrement la situation avec le client - discute des questions juridiques - transmet un rapport mensuel au MH/MHA	L'ID : - offre une aide au client pour avoir accès à un logement, à de la nourriture, à du counselling, à des soins et à des traitements - examine régulièrement la situation avec le client - transmet un rapport mensuel au MH/MHA

NIVEAU 3 : ORDONNANCE DE SANTÉ PUBLIQUE
Le MH/MHA est au courant que les risques perdurent et émet une ordonnance en vertu de l'article 29 de la *Public Health Act*.
Étape 1. L'ordonnance contient des conditions relatives aux aspects suivants : divulgation de la séropositivité, protection des partenaires, interdiction d'échanger des aiguilles ou de donner du sang/tissue, notification de résidence, rencontres régulières avec l'ID, observance du traitement médical et counselling.
Étape 2. Si le client continue de ne pas vouloir/pouvoir modifier son comportement malgré l'ordonnance et l'intervention, des conditions visant à limiter davantage le comportement du client sont imposées, telles que l'interdiction d'activités qui exposent les autres à des risques ou des restrictions quant aux endroits où la personne peut aller.
L'ID :
- assure un suivi et une coordination des cas avec les organismes compétents
- examine régulièrement la situation avec les clients
- transmet un rapport mensuel au MH/MHA

NIVEAU 4A : ORDONNANCE D'ARRESTATION**
(Peut être utilisée pour les clients une fois l'**évaluation** terminée, avec ou sans **ordonnances de santé publique**).
Le MH/MHA est au courant que les risques persistent et émet le formulaire 3 **Certificat du médecin hygiéniste** (article 39 de la *Loi*) pour qu'un agent de la paix amène le client dans un établissement désigné, tel qu'une unité médico-légale d'un hôpital ou un centre de santé communautaire sécurisé. (Ce certificat doit être délivré dans les 72 heures de la réception d'un formulaire 2, si la personne est **évaluée** comme ne voulant pas ou ne pouvant pas protéger les autres.) Le MH envoie l'information à l'établissement désigné en réclamant une évaluation médicale et un examen de l'état mental du client. L'examen doit être effectué dans les 24 heures.

NIVEAU 4B : ORDONNANCE D'ISOLEMENT
Une fois que le client est admis dans l'établissement, deux médecins peuvent délivrer une **ordonnance d'isolement** (article 44 de la *Loi*) permettant de détenir le client pour qu'il reçoive un traitement ou soit stabilisé. Un médecin réexaminera le client au moins une fois tous les 7 jours afin de déterminer s'il peut être relâché en vertu d'une **ordonnance de libération.** Des copies des ordonnances d'isolement et de leur annulation sont transmises au médecin hygiéniste en chef.

NIVEAU 5 : CRIMINEL
Le MH/MHA est au courant que le risque persiste et que malgré le soutien important offert par la région sanitaire, le client continue de s'exposer et d'exposer autrui de façon intentionnelle à des risques. Le client peut être accusé en vertu de la *Public Health Act* ou de *Code criminel*.

* MH = médecin hygiéniste; MHA = médecin hygiéniste adjoint; ID = infirmière désignée
**Un client peut transmettre un avis de requête à un juge de la Cour du Banc de la Reine à n'importe quel moment afin de faire annuler le certificat délivré en vertu de l'article 39.

Order specifies the conditions for HIV disclosure and the steps that must be taken to protect sexual partners. It prohibits sharing of drug paraphernalia, the donation of blood or tissue, and the use of illegal substances. The unwilling/unable person is required to identify his or her place of residence, meet regularly with the DN, and comply with the prescribed medical treatment and counselling. The order states that failure to comply may result in legal action pursuant to the *Alberta Health Act* and/or the *Criminal Code*. A copy of the public health order is sent to the provincial Health Association.

Determining whether the individual moves from Step 1 to Step 2 involves monitoring and case coordination with relevant agencies, such as the Alberta Mental Health Association, Calgary Police Services, addiction organizations, AIDS organizations, development disability organizations and women's groups.

Level 3, Step 2: Should the behaviour continue despite the Order issued under Step 1 and the public health interventions, a Step 2 public health order is issued with conditions to further restrict the person's behaviour. Individuals may be prohibited from frequenting particular areas and they may be required to follow a treatment regimen from a physician. The public health order may include prohibitions of particular sexual acts, donation of blood, and sharing of needles and syringes. The DN monitors the behaviour of the unwilling/unable person and provides case coordination/management with relevant agencies. The DN submits monthly reports to the MOH/DMOH. Should the HIV-positive individual continue to fail to protect him or herself and others, more stringent interventions, including legal action, can be initiated.

Level 4A, Apprehension Order: In this fourth level of intervention, the MOH/DMOH issues an Apprehension Order (Form 3 – Certificate) for a client assessed as unwilling or unable who is of immediate risk to others. These individuals may or may not have already had a Public Health Order issued against them. The MOH/DMOH, aware that the risk continues to exist, issues an order to authorize a peace officer to apprehend and bring the unwilling/unable person to a specified facility within 7 days of the issuance of the order. The MOH/DMOH sends information to a specified facility, such as a forensic unit in a hospital or a secure community care facility, and requests that a health assessment and mental status examination be conducted. This must be performed within 24 hours of the person's arrival at the facility.

Level 4B, Isolation Order: If, after apprehension, admission is required, an Isolation Order must be issued to detain the person in the facility for treatment or stabilization. This requires the assessment and the signature of two physicians. The patient must be re-examined by a physician at least once every 7 days to determine whether he or she may be released pursuant to an order under the *Alberta Health Act*. The MOH/DMOH/DN are actively involved in the process.

Level 5, Criminal Prosecution: The final level of public health intervention involves the criminal prosecution of an unwilling person who refuses to comply with measures to prevent the transmission of HIV. Legal intervention can occur concurrently with other levels of intervention. In a Level 5 intervention, the MOH/DMOH knows that the risk continues to exist and that, despite support by the health region, the person continues to knowingly place him or herself and others at risk. The health region and community partners can initiate proceedings under the *Alberta Public Health Act* and/or the *Criminal Code*. The person

de divulgation de la séropositivité et les mesures qui doivent être prises pour protéger les partenaires sexuels. Elle interdit le partage de matériel d'injection, le don de sang ou de tissu ainsi que l'utilisation de substances illégales. La personne qui ne veut ou ne peut pas protéger les autres est tenue d'identifier son lieu de résidence, de rencontrer régulièrement l'ID et d'observer le traitement médical prescrit et de recevoir les services de counselling. L'ordonnance précise que tout défaut de se conformer résultera en poursuites qui seront intentées en vertu de l'*Alberta Health Act* et/ou le *Code criminel*. Une copie de l'ordonnance de santé publique est transmise à l'association provinciale de la santé.

Pour déterminer si la personne peut passer de l'étape 1 à l'étape 2, il faut effectuer un suivi et coordonner le cas avec les organismes compétents tels que l'Alberta Mental Health Association, les services policiers de Calgary, les organisations de lutte contre la toxicomanie, les organisations de lutte contre le sida, les organisations venant en aide aux personnes déficientes sur le plan du développement et les groupes de femmes.

Niveau 3, étape 2 : Si le comportement persiste malgré l'ordonnance rendue à l'étape 1 et malgré les interventions en santé publique, une ordonnance de santé publique est délivrée à l'étape 2 et renferme des conditions qui limitent encore davantage le comportement de la personne. On peut interdire à cette dernière de fréquenter certains endroits et elle peut être tenue de suivre un régime thérapeutique prescrit par un médecin. L'ordonnance de santé publique peut comporter des interdictions visant certains actes sexuels, le don de sang et le partage d'aiguilles et de seringues. L'ID surveille le comportement de la personne qui ne veut/peut pas protéger les autres et assure une coordination/gestion du cas avec les organismes compétents. L'ID présente des rapports mensuels au MH/MHA. Si la personne séropositive continue de ne pas se protéger et de ne pas protéger les autres, des interventions plus strictes, y compris des poursuites, peuvent être entreprises.

Niveau 4A, ordonnance d'arrestation : Dans ce quatrième niveau d'intervention, le MH/MHA délivre une ordonnance d'arrestation (certificat – formulaire 3) dans le cas d'un client qu'on a évalué comme étant récalcitrant ou non capable et qui présente un risque immédiat pour les autres. Une ordonnance de santé publique peut ou non avoir déjà été émise dans son cas. Le MH/MHA, conscient que le risque persiste, délivre une ordonnance autorisant un agent de la paix à arrêter la personne récalcitrante/non capable et à l'amener dans un établissement désigné dans les sept jours suivant l'ordonnance. Le MH/MHA transmet l'information à un établissement désigné, tel qu'une unité médico-légale d'un hôpital ou un centre de santé communautaire sécurisé et demande qu'une évaluation de la santé et qu'un examen de l'état mental soient effectués. Cet examen doit être réalisé dans les 24 heures suivant l'arrivée de la personne dans l'établissement.

Niveau 4B, ordonnance d'isolement : Si, après l'arrestation, il faut admettre le client, une ordonnance d'isolement doit être émise pour détenir la personne dans l'établissement afin qu'elle reçoive un traitement ou qu'elle soit stabilisée. Le client doit avoir été évalué et deux médecins doivent signer. Un médecin doit réexaminer le patient au moins une fois tous les 7 jours afin de déterminer si celui-ci peut être libéré conformément à une ordonnance en vertu de l'*Alberta Health Act*. Les MH/MHA/ID participent activement au processus.

Niveau 5, poursuites au criminel : Le niveau ultime d'intervention en santé publique consiste en des poursuites au criminel intentées contre une personne récalcitrante qui refuse de se conformer aux mesures visant à prévenir la transmission du VIH. Les poursuites en justice peuvent être entreprises en même temps que d'autres niveaux d'intervention. Dans le cas d'une intervention de niveau 5, le MH/MHA sait que le risque persiste et que malgré le soutien offert par la région sanitaire, la personne continue intentionnellement de s'exposer et d'exposer les autres à des risques. La région sanitaire et les partenaires communautaires peuvent entamer des poursuites en vertu de l'*Alberta Public Health Act* et/ou du *Code criminel*. La

can be prosecuted for public nuisance under the *Criminal Code*, for which the maximum term of imprisonment is 2 years.

Recommendations from the Expert Panel

The Expert Panel endorsed the model proposed by the Calgary Health Region subject to the following recommendations. N.B. Some members of the Expert Panel were critical of legislation that requires physicians to report risk behaviours.

It was suggested that the CAS Guidelines for Assessing Risk of HIV Transmission (high risk, low risk, negligible risk and no risk) be used in the Calgary model. It was also recommended that the following principles be considered by the provinces and territories in the development of a framework for the non-disclosure of HIV/AIDS:

- Regardless of the risk level, if there is disclosure, the individual should not be subject to coercive public health interventions. However, counselling and education of the HIV-positive person should continue.
- If there is no risk and no disclosure of HIV status, there is no public health intervention other than counselling and education.
- If there is negligible risk and no disclosure, there is no public health intervention other than counselling and education.
- If there is high risk and no disclosure, there will be intervention in accordance with a public health model. Least intrusive measures should generally be resorted to before the imposition of coercive measures.

There are several factors important to the determination of the level of intervention:

- the risk level of the behaviour;
- the frequency of the risk behaviour;
- the vulnerability of persons at risk of HIV transmission, e.g., a child;
- the response of the HIV-positive person to the intervention;
- whether there is disclosure to the partner;
- the vulnerability of the HIV-positive person if there is disclosure, e.g., situations of domestic abuse, inmates in correctional facilities.

Disclosure is the ultimate goal even if the risk of HIV is negligible and there is no public health intervention.

The Expert Panel proposed that the due process rights of the HIV-positive person be clearly delineated. He or she should also be notified of the interventions that may be imposed. A patient advocate should be available both to represent the independent rights of the patient and to offer a supportive role, for example, when an Apprehension or Isolation Order is issued against the individual. There should be access to legal counsel. The protections specified in the Canadian *Charter of Rights and Freedoms* must be adhered to in cases of state intervention.

It was also recommended that there be an automatic right of appeal from an order imposed by public health on a person with HIV. This is because some people are not in a position to initiate

personne peut être poursuivie pour nuisance publique en vertu du *Code criminel*, la peine maximale d'emprisonnement étant de 2 ans.

Recommandations du comité d'experts

Le comité d'experts a approuvé le modèle proposé par la Région sanitaire de Calgary, sous réserve des recommandations suivantes. À noter que certains membres du comité d'experts étaient critiques à l'égard d'une législation qui oblige les médecins à signaler les comportements à risque.

On a proposé que le modèle de Calgary utilise le document de la SCS, « La transmission du VIH : guide d'évaluation du risque » (risque élevé, faible risque, risque négligeable et aucun risque). On a également recommandé que les principes suivants soient pris en considération par les provinces et les territoires dans l'élaboration d'un cadre régissant la non-divulgation de la séropositivité à l'égard du VIH/sida :

- Peu importe le niveau de risque, s'il y a divulgation, la personne ne devrait pas faire l'objet de mesures coercitives de santé publique. Toutefois, des services de counselling et d'éducation devraient continuer d'être offerts à la personne séropositive.
- S'il n'y a pas de risque et si la séropositivité n'est pas divulguée, aucune autre intervention en santé publique que des services de counselling et d'éducation n'est effectuée.
- Si le risque est négligeable et qu'il n'y a pas de divulgation, aucune autre intervention en santé publique que des services de counselling et d'éducation n'est effectuée.
- Si le risque est élevé et que la séropositivité n'est pas divulguée, on interviendra conformément à un modèle de santé publique. Les mesures les moins interventionnistes devraient être généralement adoptées avant l'imposition de mesures coercitives.

Plusieurs facteurs peuvent être considérés dans la détermination du niveau d'intervention :

- le niveau de risque associé au comportement;
- la fréquence du comportement à risque;
- la vulnérabilité des personnes qui risquent d'être infectées par le VIH, p. ex., un enfant;
- la réaction de la personne séropositive à l'intervention;
- la divulgation ou non de la séropositivité au partenaire;
- la vulnérabilité de la personne séropositive s'il y a divulgation, p. ex., situations de violence conjugale, cas des détenus dans des établissements correctionnels.

La divulgation de la séropositivité est l'objectif ultime même si le risque d'infection par le VIH est négligeable et qu'aucune intervention en santé publique n'est entreprise.

Le comité d'experts a proposé qu'on définisse clairement les droits à une procédure équitable de la personne séropositive. Cette dernière devrait également être avisée des interventions qui peuvent être imposées. Un défenseur des droits des patients devrait être disponible à la fois pour défendre les droits indépendants du patient et offrir un soutien, par exemple lorsqu'une ordonnance d'arrestation ou d'isolement est rendue contre la personne. Celle-ci devrait avoir accès à un avocat. Les protections indiquées dans la *Charte des droits et libertés du Canada* doivent être respectées en cas d'intervention de l'État.

On a également recommandé qu'il y ait un droit automatique d'appel dans le cas d'une ordonnance imposée par des services de santé publique à l'endroit d'une personne séropositive. C'est que certaines personnes ne sont

the appeal procedure as, for example, persons who have mental illnesses or those who are not literate.

Another recommendation was the establishment of an external advisory committee that would operate from the inception to the conclusion of the process for the individual who has failed to disclose his or her HIV status. The committee would be composed of individuals from different disciplines, such as mental health, social work, medicine, the police, and community care providers.

References

1. See, for example, Canadian HIV/AIDS Legal Network. *After Cuerrier: Canadian criminal law and the non-disclosure of HIV*. Montreal, 1999. Comment on *R.V. Williams* (Supreme Court of Canada, 2003) and Legal and Ethical issues Raised by HIV/AIDS - Annotated Bibliography.
2. Canadian AIDS Society. *HIV transmission guidelines for assessing risk*. 3rd ed. Ottawa, 1999.
3. *Alberta Public Health Act*, 2000:37.
4. Culver K. *A draft concise policy guide to persons unwilling or unable to prevent HIV transmission: a legislative analysis and literature review*. Ottawa: F/P/T Advisory Committee on AIDS, Health Canada, 2002.

Source: *Prepared by Ronda Bessner, Legal and Policy Consultant (LLM, LLB, BCL, BA (Hons)) for the F/P/T Advisory Committee on HIV/AIDS.*

pas en mesure d'intenter un appel, par exemple celles qui souffrent d'une maladie mentale ou qui sont analphabètes.

On a également recommandé la création d'un comité consultatif externe qui fonctionnerait du début à la fin de la procédure entreprise dans le cas de la personne qui n'a pas divulgué sa séropositivité. Ce comité serait composé de personnes issues de différentes disciplines, telles que la santé mentale, le travail social, la médecine, la police et les services communautaires.

Références

1. Voir, par exemple, Réseau juridique canadien VIH/sida. *Après l'arrêt Cuerrier : le droit criminel canadien et la non-divulgation de la séropositivité*. Montréal, 1999. Commentaire sur *R.V. Williams* (Cour suprême du Canada, 2003) et des questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida - bibliographie annotée.
2. Société canadienne du SIDA. *La transmission du VIH : Guide d'évaluation du risque*. 3e édition. Ottawa, 1999.
3. *Alberta Public Health Act*, 2000:37.
4. Culver K. Les personnes qui ne sont pas disposées à prévenir la transmission du VIH ou qui en sont incapables : version concise d'une analyse législative et documentaire. Ottawa : Comité consultatif F/P/T sur le sida, Santé Canada, 2002.

Source : *Rédigé par Ronda Bessner, conseillère juridique et politique (LLM, LLB, BCL, BA (Hons)) pour le Comité consultatif F/P/T sur le VIH/sida.*

Disease Maladie	ICD-9 CIM-9	Canada~			Newfoundland Terre-Neuve			Prince Edward Island Île-du-Prince-Édouard			Nova Scotia Nouvelle-Écosse			New Brunswick Nouveau-Brunswick			Quebec Québec			Ontario		
		J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03	J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03	J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03	J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03	J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03	J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03	J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03
Acute Flaccid Paralysis - Paralysie flasque grave	045	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
AIDS - Sida	042-044	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Botulism - Botulisme	5.1	3	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	1	1	1
Brucellosis - Brucellose	23	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Campylobacteriosis - Campylobactériose	008.41*	1920	1920	1714	5	5	9	2	2	2	32	32	27	28	28	36	502	502	397	726	726	681
Chickenpox - Varicelle	052	506	506	986	149	149	166	-	-	-	-	-	-	63	63	29	-	-	-	-	-	-
Chlamydia genital - Chlamydiose génitale	099.81*	15350	15350	14584	234	234	146	63	63	44	372	372	381	328	328	380	3445	3445	3042	5141	5141	4601
Cholera - Choléra	001	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Creutzfeld Jakob Disease - Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0461	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1
Cryptosporidiosis - Cryptosporidiose	136.8	106	106	60	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2	4	4	-	45	45	28
Cyclospora - Cyclospora		17	17	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	14	14	3
Diphtheria - Diphtérie	032	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Giardiasis - Giardiase	007.1	892	892	919	3	3	5	1	1	2	18	18	10	19	19	16	196	196	205	354	354	382
Gonococcal Infections - Infections gonococciques (1)	098	2072	2072	1824	1	1	-	-	-	-	39	39	19	4	4	10	204	204	204	954	954	824
Group B Streptococcal Disease in Neonates - Maladie streptococcique groupe B chez les nouveau-nés	038.0	16	16	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	15	15	14
Haemophilus influenzae B (all invasive) - (invasive) à H. Influenzae B (2)	3200.0,038.41*	14	14	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	7	5	1	1	1
Hantavirus Pulmonary Syndrome - Syndrome pulmonaire de l'hantavirus	480.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitis A - Hepatite A	070.0,070.1	123	123	96	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	-	26	26	30	56	56	30
Hepatitis B - Hepatite B	070.2,070.3	148	148	120	7	7	2	2	2	-	4	4	1	1	1	-	63	63	58	49	49	24
Hepatitis C - Hepatite C		3734	3734	3899	16	16	7	12	12	10	..	..	47	68	68	50	852	852	672	1346	1346	1425
Human Immunodeficiency Virus - Virus de l'immunodéficience humaine		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Invasive Group A Streptococcal Disease - Maladie streptococcique invasive groupe A	034.035.670	261	261	340	-	-	-	-	-	-	4	4	4	1	1	4	69	69	96	100	100	140
Invasive Pneumococcal Disease - Maladie pneumococcique invasive	481	772	772	697	17	17	4	-	-	-	2	2	4	2	2	4	303	303	278	327	327	271
Laboratory-Confirmed Influenza - Grippe confirmée en laboratoire		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Legionellosis - Légionellose	482.41	4	4	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	2	2	5
Leprosy - Lèpre	030	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malaria - Paludisme	084	80	80	67	-	-	2	-	-	-	1	1	-	1	1	1	24	24	22	37	37	28
Measles - Rougeole	055	2	2	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	5
Meningococcal Infections - Infections à méningocoques	036	57	57	47	-	-	1	-	-	-	2	2	-	-	-	3	26	26	15	17	17	15
Mumps - Oreillons	072	9	9	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	6	6	8
Pertussis - Coqueluche	033	580	580	596	1	1	9	10	10	-	4	4	2	130	130	30	90	90	65	87	87	57
Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rabies - Rage	071	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubella - Rubéole	056	1	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	3
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Salmonellosis - Salmonellose (3)	003	1057	1057	1086	9	9	5	5	5	3	23	23	14	19	19	22	211	211	243	421	421	429
Shigellosis - Shigellose	004	212	212	231	-	-	1	-	-	-	3	3	3	6	6	2	33	33	53	93	93	86
Syphilis, Congenital - Syphilis, congénitale	090	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Syphilis, Early Latent - Syphilis, latente récente	092	84	84	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	6	19	19	19
Syphilis, Early Symptomatic Syphilis, symptomatique récente	091	213	213	127	-	-	-	-	-	-	4	4	2	-	-	3	63	63	21	91	91	58
Syphilis, Other - Autres syphilis	090,092-097	204	204	138	-	-	-	-	-	-	2	2	2	4	4	-	42	42	18	83	83	84
Tetanus - Tetanos	037	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculosis - Tuberculose	010-018	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Typhoid - Typhoïde	002.0	24	24	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	2	13	13	15
Verotoxigenic E. coli - E. coli verotoxigènes	008.01*	68	68	210	-	-	-	-	-	2	1	1	3	2	2	3	8	8	17	19	19	111
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(1) Includes all 098 categories except 098.4

(2) Includes buccal cellulitis or epiglottitis 464.3 in a child < 5 years with no other causative organisms isolated

(3) Excludes Typhoid 002.0

* ICD-9 codes used in the list may be incomplete. All 5 digit codes are unofficial and are for CIDPC (formerly LCDC) surveillance purposes only.

~ May not represent national total if data from the provinces/territories are incomplete.

(1) Comprend toutes les rubriques 098, sauf 098.4

(2) Comprend cellulite buccale ou épiglottite 464,3 chez un enfant < 5 ans chez qui aucun microorganisme causal n'a été isolé

(3) Sauf typhoïde 002.0.

* Les codes de la CIM-9 figurant dans la liste ne sont peut-être pas complets. Quant aux codes à 5 chiffres, ils ne sont pas officiels, ayant été établis uniquement aux fins de la surveillance du CPCMI (anciennement LLCM).

~ Il se peut que ce chiffre ne représente pas le total national si les données provenant des provinces/territoires sont incomplètes.

Disease Maladie	ICD-9 CIM-9	Manitoba			Saskatchewan			Alberta			British Columbia Colombie-Britannique			Yukon			Northwest Territories Territoire du Nord-ouest			Nunavut		
		J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03	J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03	J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03	J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03	J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03	J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03	J-M/04 j-m/04	J-M/04 j-m/04	J-M/03 j-m/03
Acute Flaccid Paralysis - Paralysie flasque grave	045	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
AIDS - Sida	042-044	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Botulism - Botulisme	005.1	-	-	-	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Brucellosis - Brucellose	023	-	-	-	..	..	..	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Campylobacteriosis - Campylobactériose	008.41*	29	29	38	..	..	..	170	170	196	422	422	326	3	3	-	1	1	1	..	..	1
Chickenpox - Varicelle	052	-	-	-	..	..	..	280	280	717	-	-	-	4	4	20	10	10	25	..	..	29
Chlamydia genital - Chlamydiose genitale	099.81*	1067	1067	936	..	..	944	2175	2175	1822	2335	2335	1992	38	38	47	152	152	136	..	.	113
Cholera - Cholera	001	-	-	-	..	..	..	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Creutzfeld Jakob Disease - Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0461	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cryptosporidiosis - Cryptosporidiose	136.8	5	5	1	..	..	..	18	18	15	33	33	14	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Cyclospora - Cyclospora		-	-	-	..	..	..	-	-	-	2	2	1	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Diphtheria - Diphtérie	032	-	-	-	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Giardiasis - Giardiase	007.1	20	20	32	..	..	..	116	116	90	159	159	174	1	1	-	5	5	4	..	..	3
Gonococcal Infections - Infections gonococciques (1)	098	273	273	195	..	..	118	301	301	219	240	240	161	7	7	-	49	49	61	..	.	13
Group B Streptococcal Disease in Neonates - Maladie streptococcique groupe B chez les nouveau-nés	038.0	-	-	-	..	..	..	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Haemophilus influenzae B (all invasive) - (invasive) à H. Influenzae B (2)	3200.0.038.41*	3	3	-	..	..	..	-	-	-	3	3	2	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Hantavirus Pulmonary Syndrome - Syndrome pulmonaire de l'hantivirus	480.8	-	-	-	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Hepatitis A - Hépatite A	070.0.070.1	3	3	6	..	..	..	22	22	7	15	15	21	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Hepatitis B - Hépatite B	070.2.070.3	-	-	1	..	..	..	11	11	13	10	10	21	-	-	-	1	1	-	..	..	-
Hepatitis C - Hépatite C		142	142	97	..	..	..	420	420	412	861	861	1161	6	6	12	11	11	6	..	..	-
Human Immunodeficiency Virus - Virus de l'immunodéficience humaine		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Invasive Group A Streptococcal Disease - Maladie streptococcique invasive groupe A	034.035.670	3	3	-	..	..	..	34	34	38	50	50	54	-	-	-	-	-	4	..	..	-
Invasive Pneumococcal Disease - Maladie pneumococcique invasive	481	19	19	13	..	..	..	98	98	112	4	4	10	-	-	1	-	-	-	..	..	-
Laboratory-Confirmed Influenza - Grippe confirmee en laboratoire		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Legionellosis - Legionellose	482.41	1	1	-	..	..	..	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Leprosy - Lepre	030	1	1	-	..	..	..	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Malaria - Paludisme	084	1	1	-	..	..	..	6	6	9	9	9	5	-	-	-	1	1	-	..	..	-
Measles - Rougeole	055	1	1	1	..	..	..	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Meningococcal Infections - Infections à méningocoques	036	-	-	-	..	..	..	3	3	6	8	8	7	-	-	-	1	1	-	..	..	-
Mumps - Oreillons	072	1	1	-	..	..	..	1	1	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Pertussis - Coqueluche	033	18	18	5	..	..	..	77	77	39	163	163	371	-	-	18	-	-	-	..	..	-
Plague - Peste	020	-	-	-	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	-	-	-	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Rabies - Rage	071	-	-	-	..	..	..	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Rubella - Rubéole	056	-	-	-	..	..	..	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Congenital Rubella - Rubéole congenitale	771.0	-	-	-	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Salmonellosis - Salmonellose (3)	003	28	28	40	..	..	..	179	179	173	161	161	151	1	1	-	-	-	1	..	..	5
Shigellosis - Shigellose	004	3	3	7	..	..	..	31	31	33	43	43	46	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Syphilis, Congenital - Syphilis, congenitale	090	-	-	-	..	..	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Syphilis, Early Latent - Syphilis, latente recente	092	-	-	-	..	..	-	-	-	-	54	54	24	1	1	-	-	-	-	..	..	-
Syphilis, Early Symptomatic Syphilis, symptomatique recente	091	2	2	12	..	..	1	7	7	3	46	46	27	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Syphilis, Other - Autres syphilis	090,092-097	14	14	6	..	..	-	34	34	6	25	25	22	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Tetanus - Tetanos	037	-	-	-	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Tuberculosis - Tuberculose	010-018	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Typhoid - Typhoide	002.0	-	-	-	..	..	..	-	-	4	8	8	9	-	-	-	-	-	-	..	..	-
Verotoxigenic E. coli - E. coli verotoxigenes	008..01*	6	6	24	..	..	..	16	16	31	16	16	18	-	-	-	-	-	1	..	..	-
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-

SYMBOLS

. Not reportable
.. Not available
- No cases reported

SIGNES

. À déclaration non obligatoire
.. Non disponible
- Aucun cas déclaré

SOURCE

Divison of Surveillance and Risk Assessment
Centre for Infectious Disease Prevention and Control
Public Health Agency of Canada
Ottawa, Ontario K1A 0L2
Tel.: (613) 957-0334

SOURCE

Division de la surveillance et de l'évaluation des risques
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses
Agence de santé publique du Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tel.: (613) 957-0334

J-M/04 = January to March 2004; J-M/03 = January to March 2003. j-m/04 = janvier à mars 2004; j-m/03 = janvier a mars 2003.

INTERNATIONAL NOTES

AVIAN INFLUENZA, VIET NAM

On 30 December 2004, the World Health Organization received informal reports of a laboratory-confirmed case of H5N1 infection in Viet Nam.

The patient, who has been hospitalized since 26 December 2004, is a 16-year-old girl who fell ill in the southern province of Tay Ninh.

Vietnamese authorities are investigating the source of her infection, including the possibility of contact with infected poultry.

This is the first human case of H5N1 detected in Viet Nam since early September 2004. It coincides with several fresh poultry outbreaks reported in southern provinces in December 2004. Recent poultry outbreaks in Tay Ninh Province have not been reported.

As avian influenza viruses become more active at cooler temperatures, further poultry outbreaks, possibly accompanied by sporatic human cases, can be anticipated.

Poultry marketing, transportation, and consumption increase in Viet Nam with the approach of the lunar New Year in early February. These activities create conditions favourable to the spread of poultry outbreaks and call for heightened control measures.

Since January 2004, 28 human cases have been detected in Viet Nam, of which 20 were fatal. Thailand has also reported human cases, bringing the total number of cases in Asia since the beginning of 2004 to 45, of which 32 have been fatal.

Source: *WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 80, No 1, 2005.*

NOTES INTERNATIONALES

GRIPPE AVIAIRE, VIET NAM

Le 30 décembre 2004, l'Organisation mondiale de la Santé a reçu des rapports non officiels faisant état d'un cas d'infection à virus H5N1 au Viet Nam, confirmé par le laboratoire.

La patiente, hospitalisée le 26 décembre 2004, est une jeune fille de 16 ans tombée malade dans la province méridionale de Tay Ninh.

Les autorités vietnamiennes enquêtent sur l'origine de son infection, notamment sur la possibilité d'un contact avec des volailles infectées.

C'est le premier cas humain de grippe H5N1 détecté au Viet Nam depuis le début de septembre 2004. Il est concomitant à plusieurs nouvelles épidémies affectant les volailles des provinces méridionales en décembre 2004, mais aucune flambée de ce type n'a été signalée récemment dans la province de Tay Ninh.

Comme les virus grippaux deviennent plus actifs avec la baisse des températures, on peut s'attendre à observer de nouvelles flambées épidémiques dans les élevages de volaille, avec éventuellement des cas humains sporadiques.

La commercialisation, le transport et la consommation des volailles augmentent à l'approche du nouvel an lunaire, début février. Toutes ces activités créent des conditions favorables à la propagation des flambées, ce qui impose un renforcement des mesures de lutte.

Depuis janvier 2004, le Viet Nam a détecté 28 cas humains, dont 20 mortels. La Thaïlande a également signalé des cas humains depuis le début 2004, portant le total des cas en Asie à 45, dont 32 mortels.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, vol 80, n° 1, 2005.*

The Canada Communicable Disease Report (CCDR) presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available through subscription. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. The Public Health Agency of Canada does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Marion Pogson
Editor
(613) 957-1767

Nicole Beaudoin
Editorial Coordinator/Publisher
(613) 957-0841

Kim Hopkinson
Desktop Publishing

Submissions to the CCDR should be sent to the
Editor-in-Chief
Public Health Agency of Canada
Scientific Publication and Multimedia Services
130 Colonnade Rd, A.L. 6501G
Ottawa, Ontario K1A 0K9

To subscribe to this publication, please contact:
Canadian Medical Association
Member Service Centre
1867 Alta Vista Drive, Ottawa, ON Canada K1G 3Y6
Tel. No.: (613) 731-8610 Ext. 2307 **or** (888) 855-2555
FAX: (613) 236-8864

Annual subscription: $110 (plus applicable taxes) in Canada; $147 (U.S.) outside Canada

This publication can also be accessed electronically via Internet using a Web browser at
<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc>.

(On-line) ISSN 1481-8531

Publications Mail Agreement No. 40064383

© Minister of Health 2005

Pour recevoir le Releve des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui presente des donnees pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publies ne contiennent que des donnees sommaires, mais des renseignements complementaires peuvent être obtenus aupres des sources mentionnees. L'Agence de sante publique du Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticite des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la sante est invitee a collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Marion Pogson
Redactrice
(613) 957-1767

Nicole Beaudoin
Coordinatrice du contenu redactionnel et de l'édition
(613) 957-0841

Kim Hopkinson
Éditique

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser a
Redactrice en chef
Agence de sante publique du Canada
Section des publications scientifiques et services multimedias, 130, chemin Colonnade, I.A. 6501G
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Pour vous abonner a cette publication, veuillez contacter :
Association médicale canadienne
Centre des services aux membres
1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3Y6
N° de tel. : (613) 731-8610 Poste 2307 **ou** (888) 855-2555
FAX : (613) 236-8864

Abonnement annuel : 110 $ (et frais connexes) au Canada; 147 $ US a l'étranger.

On peut aussi avoir acces électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, a
<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc>.

(En direct) ISSN 1481-8531

Poste-publications n° de la convention 40064383

© Ministre de la Santé 2005